

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 19

QUELQUES FORMES CLINIQUES
PEU FRÉQUENTES
DE LA DRACONCULOSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Décembre 1920

PAR

Emile CARRIÈRE

Né à Marseille le 7 février 1894

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	GRANEL, professeur, <i>Président</i> ,	{	<i>Assesseurs.</i>
		VEDEL, prof.		
		CABANNES, agrégé.		
		MARGAROT, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

QUELQUES FORMES CLINIQUES
PEU FRÉQUENTES
DE LA DRACONCULOSE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555617_0153

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 19

QUELQUES FORMES CLINIQUES
PEU FRÉQUENTES
DE LA DRACONCULOSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Décembre. 1920

PAR

Emile CARRIÈRE

Né à Marseille le 7 février 1894

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	GRANEL, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		VEDEL, prof.		
		CABANNES, agrégé.		
		MARGAROT, agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. DERRIEN.....	DOYEN
FORGUE (O ✱).....	ASSESSEUR
N.....	SECRÉTAIRE

Professeurs

Chirurgie chirurgicale.....	MM. FEDENAT (O ✱)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱)
Physique médicale.....	IMBERT (✱)
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O ✱)
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O ✱)
Physiologie.....	HEDON (✱)
Histologie.....	VIALLETON
Clinique médicale.....	DU CAMP (✱)
Anatomie.....	GHIS (✱)
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✱)
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H)
Clinique obstétricale.....	VAILLOIS
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRET (✱)
Anatomie pathologique.....	MASSABEAU (✱) (✱)
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (✱)
Microbiologie.....	LISBONNE
Pathologie interne.....	N...
Clinique médicale.....	VEDEL
Médecine légale et toxicologie.....	N...
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE
Clinique oto-rhino.....	MOURET

Doyens honoraires : MM. VIALLETON, MAIRET.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✱).

Secrétaires honoraires : MM. GOT, IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	N...
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU (O ✱, a. l. (ch. de c.))
Médecine opératoire.....	SOUBRYRAN (✱, a. l. (ch. de c.))
Pathologie externe.....	ETIENNE, agrégé (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	EUZIERE, agrégé (ch. de c.)
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé (ch. de c.)
Matière médicale.....	N...
Stomatologie.....	WATON ✱ (✱), doct. (ch. de c.)

Agrégés en exercice

MM. GALAVIÈRE	MM. CABANNES	MM. ETIENNE
GRYNFELT (✱)	P. DELMAS	MESTREZAT
LEENHARDT	RUZIERE	LAPEYRE
GAUSSEL (✱) (✱)	J. DELMAS (✱)	MARGAROT
RICHE (✱)	RIMBUD ✱	STROHL

Examineurs de la thèse

MM. GRANEL, profes., <i>président</i> .	MM. CABANNES, agrégé.
VEDEL, professeur.	MARGAROT, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

E. CARRIÈRE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

Hommage respectueux.

A MON JURY DE THÈSE

E. CARRIÈRE.

QUELQUES FORMES CLINIQUES PEU FRÉQUENTES DE LA DRACONCULOSE

I

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion, au cours de la guerre, d'observer un certain nombre de cas de « vers de Guinée », nous avons pensé qu'il serait intéressant d'apporter notre modeste contribution à l'étude de cette curieuse maladie, connue jadis des seuls médecins coloniaux.

Comme nous le faisait remarquer à juste titre M. le professeur Granel, en nous montrant un spécimen de filaire de Médine, retiré par lui de la jambe d'un indigène, que les hasards de la guerre avaient amené dans un hôpital de la région, la draconculose n'est pas une rareté. C'est au contraire une affection très répandue dans certaines contrées, en particulier dans nos possessions d'Afrique occidentale.

Mais en général (85 fois sur 100 d'après Brumpt), le parasite se localise aux membres inférieurs. Nous l'avons nous-même constaté bien souvent, et nous indiquerons plus loin par quelle ingénieuse théorie on a tenté d'expliquer cette localisation de prédilection. Hâtons-nous de dire que dans ces cas-là, l'affection devient banale et de diagnostic aisé, surtout pour un médecin un peu averti.

Dans certains autres cas, beaucoup plus rares, il n'en est pas de même, et soit par suite d'une localisation anormale du ou des parasites (dans le scrotum par exemple, comme dans notre observation I), soit par suite de leur multiplicité ou encore d'une réaction plus violente de l'organisme atteint (Cf. notre observation III), le diagnostic peut devenir très difficile. C'est de ces formes cliniques atypiques et de leur traitement que nous avons voulu nous occuper plus particulièrement ici. Nous en avons groupé quatre observations, chacune intéressante à un point de vue différent : dans l'une, le ver chemine sous la peau, à la façon d'une veine variqueuse, au lieu de s'enfoncer profondément dans les masses musculaires ; dans une autre, le parasite s'est enkysté entre les testicules en donnant naissance à une tumeur fibreuse qui lui constitue une sorte de gangue ; dans une troisième, il s'est logé aux abords immédiats d'une grosse articulation mais sans pénétrer dans la cavité articulaire elle-même et n'a provoqué, heureusement, qu'une légère arthrite de voisinage ; enfin, dans un dernier cas, la localisation des lésions était telle, et la réaction de l'organisme, si violente, qu'on a soupçonné une toute autre affection et porté le diagnostic d'ostéomyélite aiguë.

On voit par ces exemples — et nous avons tenu à le faire remarquer — que malgré la fréquence relative du ver de

Guinée et la banalité habituelle de cette affection, il n'est pas toujours facile de la diagnostiquer à coup sûr.

Au point de vue du traitement, l'indication fondamentale reste toujours formelle; il faut évacuer le parasite; mais la manière d'opérer change selon les cas. Le but demeure le même; seul peut varier le *modus faciendi*, qui permet de l'atteindre avec le minimum de risques pour le malade.

II

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

B. C..., 25 ans, tirailleur au 32^e bataillon sénégalais, 1^{re} compagnie, entre à l'Hôpital 86 (Saint-Raphaël), le 26 mars 1919, avec le diagnostic: tumeur du scrotum.

Date de l'arrivée de ce tirailleur en France: mai 1918.

Antécédents héréditaires: inconnus.

Antécédents personnels: vers de Guinée aux membres inférieurs en novembre 1918; pneumonie gauche en janvier 1919.

Début. — Il y a plusieurs mois, par petite tumeur à la partie inférieure et médiane du scrotum. Cette tumeur a progressivement augmenté de volume, tout en restant indolore, au point de ne gêner en rien le malade dans ses occupations journalières. Cependant, il y a quelques jours, à la suite d'un coup de poing dans les bourses, la tumeur est devenue douloureuse et a paru s'accroître plus rapidement. C'est ce qui a poussé le malade à se présenter à la visite.

Etat actuel. — On constate, à la partie médiane et inférieure du scrotum une tumeur du volume d'un petit œuf

de poule. Cette tumeur est dure, arrondie, absolument indépendante des testicules; mais adhérente à la peau par sa partie inférieure. D'ailleurs, à ce niveau, on remarque un point un peu surélevé, douloureux à la palpation, gros comme un furoncle et légèrement fluctuant. Cette constatation, jointe à la connaissance des antécédents personnels du sujet, nous fait poser le diagnostic de ver de Guinée. Ce ver de Guinée était resté longtemps enkysté dans les bourses, puis, à la suite du traumatisme ci-dessus mentionné, il s'était en quelque sorte réveillé et cherchait maintenant à se faire jour à la peau.

D'accord avec M. le médecin-major Bongrand, nous décidâmes d'enlever en bloc la tumeur et le parasite, pensant que le malade serait ainsi plus vite guéri que si l'on extrayait le ver par la méthode indigène. D'ailleurs, dans ce dernier cas, que deviendrait la tumeur? Elle serait une gêne perpétuelle pour le malade.

Opération. — Le 27 mars 1919, en l'absence du médecin-major Bongrand, le médecin aide-major Bouniol, assistant de chirurgie, pratique l'excision de la tumeur sous chloroforme. Drainage avec un faisceau de crins de Florence. Suture de la peau.

Les suites opératoires furent normales. Pas de suppuration. Le faisceau de crins fut retiré le quatrième jour et les points de suture le huitième.

Le 10 avril, le malade quittait l'hôpital.

La tumeur était une tumeur fibreuse, dure à la coupe et contenant en son centre une sorte de loge dans laquelle habitait une filaire pelotonnée sur elle-même. L'extrémité céphalique de celle-ci était prête à se faire jour au dehors par la petite phlyctène décrite plus haut.

Il est regrettable qu'on n'ait pu faire de cette tumeur un examen anatomo-pathologique plus détaillé.

OBSERVATION II

M. D..., 24 ans, tirailleur au 67^e bataillon sénégalais, 2^e compagnie, entre à l'hôpital 86 le 10 mars 1919, avec le diagnostic: hydarthrose du genou droit.

Date de l'arrivée de ce tirailleur en France: août 1918.

Antécédents héréditaires: ?

Antécédents personnels: a déjà été atteint de ver de Guinée aux membres inférieurs, il y a deux ou trois ans (date indéterminée).

Début. — Il y a une dizaine de jours, par phénomènes douloureux intermittents au niveau de l'articulation du genou droit, avec gêne pendant la marche. Le malade s'est présenté à la visite, mais son état n'a pas été jugé assez sérieux pour qu'il soit envoyé à l'Hôpital. Trois ou quatre jours après, apparition d'une tuméfaction douloureuse progressivement croissante, d'abord localisée au côté interne du genou, puis ayant gagné toute l'articulation.

Etat actuel. — Le genou droit est augmenté de volume, globuleux; les méplats latéraux sont entièrement effacés. La jambe est en « attitude de Bonnet », c'est-à-dire demi-fléchie sur la cuisse.

Les mouvements de flexion et d'extension, spontanés ou provoqués, sont assez limités et douloureux.

A la palpation, on note une élévation de la température locale prédominant au niveau de la face interne de l'articulation.

Le choc rotulien existe, mais pas d'une façon nette, étant donnée la quantité relativement considérable du liquide épanché dans l'articulation.

Température rectale: 38°5.

Rien à signaler par ailleurs.

On pense à une arthrite suppurée et l'on enveloppe l'articulation d'un grand pansement humide chaud. ●

Le 11 mars 1919, M. le médecin-major Bongrand, chirurgien de la place, décide de faire une arthrotomie sous chloroforme. Mais, dès que le pansement est enlevé, il s'aperçoit que la tuméfaction a progressé du côté interne, où les téguments sont chauds et luisants, la fluctuation, superficielle et où le pus semble à fleur de peau. Une légère boutonnière faite au bistouri donne issue à un flot de pus entraînant au dehors une anse de filaire de Médine. Le diagnostic causal est ainsi fait, après coup. On continue à débrider délicatement de façon à ne pas intéresser le parasite dans l'incision. Et l'on extrait sans difficulté aucune, un beau ver de Guinée, enroulé et pelotonné sur lui-même, absolument comparable à un « paquet de nouilles ».

La poche de l'abcès est irriguée au Dakin et une exploration attentive permet de se rendre compte qu'elle est simplement juxtaposée à la capsule articulaire, mais sans communication avec celle-ci. Il était permis de se demander à ce moment-là si le gonflement articulaire persistant était dû à la présence d'un nouveau parasite intra-articulaire, ou s'il ne s'agissait que d'une arthrite de voisinage.

Dans le doute, M. le médecin-major Bongrand a décidé avec raison de s'en tenir à l'expectative armée.

Après pansement, le malade a été transporté dans son lit.

Le soir même, la température rectale n'était plus que de 37°8; le lendemain matin 37°6. En outre, tout phénomène douloureux subjectif avait disparu.

L'état local s'est amélioré progressivement. L'évolution a été celle d'un abcès chaud banal après l'incision.

Le gonflement articulaire a diminué peu à peu. La plaie s'est cicatrisée et tout est rentré dans l'ordre en trois semaines environ.

Le traitement post-opératoire a consisté en pansements secs à la teinture d'iode, légèrement compressifs; en massages de la cuisse et de la jambe d'abord, du genou plus tard; enfin en mobilisation précoce, mais prudente, de l'articulation.

Le 13 avril, M. D... quittait l'hôpital tout à fait guéri.

Le parasite extrait, complètement déroulé, aurait certainement mesuré plus d'un mètre de longueur. Mais il était pelotonné sur lui-même en un nœud gordien tellement inextricable qu'il nous a été impossible de l'étaler tout au long de façon à pouvoir en prendre les dimensions exactes.

OBSERVATION III

D. D..., 23 ans, tirailleur au 68^e bataillon sénégalais, 3^e compagnie, entre à l'hôpital 86, le 6 avril 1919, avec le diagnostic: ostéomyélite de l'extrémité supérieure du tibia gauche et de l'extrémité supérieure de l'humérus droit.

Date de l'arrivée de ce tirailleur en France: juin 1918.

Antécédents héréditaires: inconnus.

Antécédents personnels: pleurésie avec épanchement à droite, en novembre 1918; ver de Guinée aux membres inférieurs en 1917.

Début. — Il y a quatre jours par phénomènes douloureux au niveau de l'extrémité supérieure du tibia gauche. Deux jours après, apparition d'un empâtement progressivement croissant de toute la région.

Depuis hier, symptômes identiques au niveau de l'épaule droite.

Etat général assez grave: malade abattu, prostré, température rectale: 39°7 hier soir.

Etat actuel. — Le malade est apporté sur un brancard.

Toute tentative de mouvement spontané ou provoqué lui arrache des gémissements de douleur. L'état général est celui d'un typhique : prostration, abattement, soif vive, langue saburrale, fuligineuse, température élevée (39°5 à l'entrée), pouls rapide (95 pulsations).

Il présente au niveau de la tubérosité antérieure du tibia gauche, un point très douloureux avec chaleur locale, peau luisante, légère fluctuation, mais surtout empâtément marqué de toute la région. L'articulation du genou est elle-même augmentée de volume.

Au niveau de la face externe de l'épaule droite, mêmes symptômes d'un abcès chaud en formation, mais à un stade moins avancé.

On pense à une ostéomyélite aiguë et devant l'état général alarmant du malade, on décide l'opération d'urgence.

Opération. — Anesthésie générale au chloroforme (appareil de Ricard).

Dès le premier coup de bistouri, un flot de pus s'échappe au dehors, entraînant avec lui l'extrémité céphalique d'une filaire de Médine. M. le médecin-major Bongrand essaie par de légères tractions d'amener à lui le corps du parasite, mais celui-ci, qui est sans doute profondément enraciné dans la masse musculaire de la loge antéro-externe de la jambe, résiste à toutes les tentatives d'extraction. On enroule alors toute la portion libre sur un petit morceau de bois, préalablement trempé dans la teinture d'iode. On lave largement au Dakin la poche de l'abcès et on termine par un pansement sec.

Au niveau de la face externe du deltoïde droit, même opération.

Le 12 avril, le malade paraissait aller mieux. La température était presque retombée à la normale. On enroulait chaque jour quelques centimètres de filaire. Les plaies

opératoires avaient bon aspect. Mais, soudain, le 12 au soir, le sujet se plaint de nouvelles douleurs au niveau de la portion supéro-externe du grand pectoral droit. Le 13, léger empâtement de la région, élévation de température et les jours suivants, formation d'un nouvel abcès. Cet abcès, de même origine que les précédents, est incisé le 16 avril. On en retire l'extrémité d'une filaire implantée par l'autre bout dans le grand pectoral.

Depuis, nous avons observé sur le même malade, l'apparition, à quelques jours d'intervalle, de trois nouveaux abcès filariens, un à la fesse droite, un à l'épaule gauche et enfin un dernier au-dessous et en arrière de la malléole interne gauche.

À chaque rechute, correspondaient une élévation de température et des phénomènes généraux assez sérieux.

Malgré cela, nous avons réussi à débarrasser la malade de ses six parasites avec beaucoup de patience, et à la remettre complètement sur pied en deux mois et demi environ. Il a quitté l'hôpital fin juin 1919.

OBSERVATION IV

B. T..., 22 ans, tirailleur au 70^e bataillon sénégalais, 1^{re} compagnie, entre le 15 décembre 1917, à l'hôpital 66 (à Fréjus), pour : vers de Guinée multiples des membres inférieurs.

Date de l'arrivée de ce tirailleur en France, septembre 1917.

Antécédents héréditaires : ?

Antécédents personnels : entré à l'hôpital 66 le 20 octobre, pour pneumonie du sommet droit; sorti le 18 novembre; dit n'avoir jamais eu de ver de Guinée auparavant.

Début. — Il y a une huitaine de jours environ par douleurs dans le mollet droit, suivies de l'apparition d'un petit abcès superficiel qui s'est ouvert spontanément et a livré passage à l'extrémité céphalique d'une filaire. Trois ou quatre jours plus tard, phénomènes identiques au-dessous et en arrière de la malléole interne droite, apparition d'une nouvelle filaire.

Etat actuel. — Membre inférieur droit: le malade porte deux pansements, un au cou-de-pied et l'autre à la partie supérieure de la jambe. Au-dessous de chacun d'eux se trouve une petite plaie suppurante d'où émerge un ver de Guinée en partie enroulé sur un morceau d'allumette.

En outre, le malade se plaint de douleurs assez vives au niveau de la face externe de la fesse droite. A l'examen, nous y constatons la présence d'un long cordon sous-cutané, sinueux, affectant l'aspect d'une veine variqueuse. Nous avons affaire évidemment à une nouvelle filaire, puisque le malade ne présente pas de varices par ailleurs et que le trajet du cordon sous-cutané en question ne correspond au trajet d'aucune veine importante.

A part cela, rien à signaler, sinon une légère obscurité respiratoire au sommet droit, séquelle de pneumonie.

Opération. — Le 16 décembre, M. le médecin-major Richer, chirurgien de l'Hôpital 66, décide d'extraire la filaire de la fesse.

Anesthésie locale à la cocaïne.

La première incision, de 2 centimètres de longueur environ, est faite à quatre travers de doigt au-dessus de l'extrémité inférieure apparente du ver. Elle permet de tomber facilement sur le parasite qui se trouve dans l'hypoderme. Une sonde cannelée est passée au-dessous, entre le corps de la filaire et l'aponévrose du grand fessier, et, par des tractions délicates, (de façon à ne pas rompre le

corps de la filaire) on réussit à amener au dehors toute l'extrémité inférieure qui, heureusement, n'était pas enfouie dans le muscle.

Une deuxième boutonnière est faite à trois travers de doigt au-dessus de la première, et on extrait la partie moyenne du corps du parasite en le faisant glisser par-dessous le pont de peau saine.

Une troisième boutonnière, à trois travers de doigt au-dessus de la précédente, permet d'extraire le ver en entier. Il était d'assez petite taille et ne mesurait qu'environ 30 centimètres de longueur.

Les trois petites plaies opératoires furent pansées à la teinture d'iode et se cicatrisèrent rapidement.

Pour les deux autres parasites, profondément inclus en plein muscle, leur extraction n'a pas été aussi rapide et force nous a été d'user de la méthode indigène, c'est-à-dire de les extraire un peu chaque jour, en les enroulant sur le bout d'une allumette que nous avions antiseptisée largement avec de la teinture d'iode.

Cette méthode peu rapide a coûté au malade environ six semaines d'hôpital; il est sorti guéri le 2 février 1918.

III

RESUME SUCCINCT DES NOTIONS ACTUELLES SUR LE VER DE GUINEE

Le « ver de Guinée » ou « filaire de Médine » est un nématode à sexes séparés. Le mâle serait tout petit, ne mesurant qu'une dizaine de centimètres de longueur. Quand on parvient à l'observer, il est généralement enroulé autour d'une femelle; mais, au dire des auteurs, son existence serait éphémère et il mourrait aussitôt après l'accouplement. Personnellement, nous n'en avons jamais vu.

La femelle, qui est la véritable cause de la maladie, se présente sous la forme d'un ver blanc-laiteux, d'une longueur variant de 0 m. 75 à 1 m. 25, d'une largeur de 2 millimètres environ. Elle offre à considérer deux extrémités: 1° l'extrémité antérieure, arrondie, portant à son sommet l'« écusson céphalique » au centre duquel se trouve la bouche. Non loin de celle-ci s'ouvre une vulve correspondant à un vaste utérus, qui occupe presque toute la cavité du corps; 2° l'extrémité postérieure, qui se termine par un crochet permettant au parasite de se fixer solidement dans les tissus.

Si on ouvre le corps de la filaire ou qu'on le rompe par

inadvertance au moment de l'extraction, il s'en échappe un liquide lactescent, dans lequel naissent des milliers d'embryons. Normalement, ce liquide est contenu dans un utérus bien différencié, que nous avons signalé plus haut et qui occupe presque tout le corps; une partie minime de celui-ci étant réservée à un intestin atrophié, ayant cessé depuis longtemps toute fonction digestive.

Comme beaucoup de parasites, le ver de Guinée a besoin de plusieurs hôtes pour accomplir son évolution. Ces hôtes sont au nombre de deux: l'homme et un petit crustacé du nom de « Cyclope ». Les embryons, contenus dans l'utérus de la filaire, peuvent facilement être mis en liberté dans un ruisseau ou une mare. Ils naissent alors activement jusqu'à ce qu'ils rencontrent un cyclope, dans l'abdomen duquel ils pénètrent par effraction, à travers les anneaux dont celui-ci est formé. Survient le second hôte, l'homme, qui peut être infesté de deux façons:

Où bien il boit de l'eau renfermant des cyclopes parasites. Ceux-ci, arrivés dans le tube digestif, meurent et laissent s'échapper les embryons de filaire qui traversent les tuniques de l'intestin, gagnent le tissu conjonctif sous-péritonéal, où ils vivent un certain temps. Là se fait sans doute l'accouplement et les femelles, une fois fécondées, se dirigent vers la peau.

Où bien les embryons, libres dans l'eau, pénètrent directement chez l'homme à travers la peau, par la voie des glandes cutanées. C'est ce qui expliquerait la localisation de prédilection du parasite aux membres inférieurs, chez l'indigène, qui marche habituellement pieds nus.

DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE DU VER DE GUINÉE

Afrique	{	Afrique occidentale (ver de Guinée).	
		Vallée du Nil.	
		Territoires du lac Tchad.	
Asie	{	Arabie	{ (Filaire de Médine.)
			{ (Ver de l'Yémen.)
Amérique	{	Guyanne.	
		Brésil.	

N'existe ni en Europe (sauf pendant la guerre), ni en Océanie.

IV

SYMPTOMATOLOGIE ET FORMES CLINIQUES

Habituellement la filaire de Médine est localisée aux membres inférieurs dans 85 p. 100 des cas d'après Brumpt, dans 75 p. 100 d'après Guiart. Elle affecte en général la jambe ou le pied, surtout les abords de l'articulation tibio-tarsienne. D'ordinaire aucun-symptôme d'ordre général ne précède son apparition. Le malade ressent une légère douleur, parfois éprouve seulement une sensation de prurit au niveau de la région malléolaire interne ou externe. Il y porte la main et constate la présence d'une petite phlyctène. Si cette phlyctène n'est pas incisée, elle s'ouvre spontanément, par ulcération de la peau sus-jacente et l'extrémité céphalique de la filaire apparaît par le pertuis ainsi formé.

A ce moment, l'indigène (car, à de rares exceptions près, cette affection demeure l'apanage des indigènes, qui vont pieds nus et ignorent jusqu'aux moindres principes de l'hygiène moderne), l'indigène, disons-nous, saisit l'extrémité du ver et l'enroule sur un morceau de bois plus ou moins grossièrement taillé en forme d'allumette. Il l'enroule jusqu'à ce qu'il ait l'impression que le corps du parasite est sur le point de se rompre. Il s'arrête alors et

recouvre la région d'un chiffon quelconque destiné à protéger la plaie et surtout à empêcher le ver de se dérouler. C'est généralement dans cet état qu'il se présente au médecin.

Il n'en est cependant pas toujours ainsi. Dans certains cas (Cf. observation IV) la filaire chemine sous la peau, en décrivant des sinuosités, des méandres, et simule parfaitement une veine variqueuse. Le diagnostic peut alors être rendu difficile, surtout si le malade présente des varices au même membre et si le parasite se trouve sur le trajet d'une veine importante.

Mais il est rare que ces conditions soient réunies chez un même sujet et l'on peut assez aisément porter un diagnostic exact, en s'aidant des commémoratifs (le malade a-t-il déjà été atteint de filariose? Se trouve-t-il dans une contrée infestée ou en est-il venu récemment?)

Parfois le tableau clinique est complètement changé du fait d'un symptôme surajouté. Dans notre observation III ce fut la violente réaction fébrile de l'organisme jointe à la localisation un peu anormale des lésions qui provoqua l'erreur de diagnostic. Les symptômes généraux d'une part (fièvre, prostration, état typhoïdique) et d'autre part certains symptômes locaux (douleurs spontanées et provoquées au niveau de l'extrémité supérieure du tibia et de celle de l'humérus) firent songer à une ostéomyélite aiguë.

Dans le cas particulier un autre phénomène assez intéressant était le nombre relativement élevé des parasites (six sur le même sujet).

D'autres fois, au lieu de s'enfoncer plus ou moins profondément dans les masses musculaires et de s'y maintenir solidement fixé, le ver est pelotonné sur lui-même et forme un abcès sous-cutané (Cf. observation II). On a alors l'agréable surprise de l'évacuer en bloc d'un seul coup, ce qui est plutôt rare.

Enfin, il arrive que l'organisme réagisse en emprisonnant le parasite dans une gangue fibreuse et que ce parasite demeure là, enkysté, mais vivant tout de même, pendant un temps quelquefois très long. Mais sous certaines influences, un traumatisme par exemple, comme dans le cas que nous avons rapporté (obs. I) il peut reprendre son évolution, un moment entravée, et finir par se faire jour à la peau.

Certains auteurs ont signalé dans la draconculose un autre symptôme, l'« urticaire », se produisant surtout, selon Guiart « dans les cas de tumeur suppurée avec mort de l'animal à l'intérieur des tissus » et traduisant par conséquent une infection générale de l'organisme par des produits septiques résorbés. Quoique nous ayons observé un certain nombre de phlegmons dus à la rupture du corps du parasite à la suite de tractions trop violentes pratiquées en général par des infirmiers inexpérimentés, jamais nous n'avons constaté d'urticaire.

V

DIAGNOSTIC

Le diagnostic se fait en général par la constatation directe de la filaire, dont l'extrémité céphalique vient pointer à travers la peau par un petit pertuis légèrement suintant.

A une époque moins avancée de la maladie, lorsque la peau n'est pas encore perforée, la sensation éprouvée par le malade de quelques douleurs sourdes, lancinantes ou d'un violent prurit, suivie de l'apparition d'une ou de plusieurs phlyctènes aux membres inférieurs, surtout aux abords de l'articulation tibio-tarsienne ou à la partie postérieure de la jambe (au « gras du mollet ») doit faire immédiatement songer à la draconculose, dans les contrées où cette maladie existe à l'état endémique ou bien chez un individu provenant de ces contrées-là.

Dans les cas douteux, le médecin doit s'aider de la notion d'endémicité et des commémoratifs : de quel pays vient le malade ? A-t-il déjà été atteint de ver de Guinée ? Depuis quand est-il arrivé en France ? Car on a constaté — et pour notre part nous avons fait bien souvent cette remarque — que la filaire de Médine ne se présentait plus chez les indigènes ayant accompli plus d'un an

de séjour en Europe. C'est une règle, qui est due sans doute à ce que le parasite a terminé en un an ou moins d'un an son évolution complète et à ce que les embryons de filaire ne s'acclimatent pas dans nos régions. Le fait est facilement constatable dans les quatre observations, qui font le sujet de cette thèse et ne constitue pas une exception.

Enfin le malade, qui n'est pas sans avoir des notions souvent fort exactes, quoique empiriques, sur l'affection en cause, vous mettra fréquemment lui-même sur la voie du diagnostic.

VI

PRONOSTIC. ÉVOLUTION COMPLICATIONS

Le pronostic est ordinairement bénin, et une fois la filaire extraite, la plaie se cicatrise sans complications.

Cependant si l'affection est livrée à elle-même, les embryons contenus dans le parasite peuvent être évacués au contact du liquide séro-purulent sécrété par les tissus enflammés, et réinfecter le malade. Ou — ce qui arrive assez souvent, étant donné le manque de propreté des indigènes — la plaie s'infecte secondairement, le parasite meurt et devient alors la cause d'interminables suppurations, qui persistent jusqu'à ce que son corps nécrosé ait été rejeté au dehors lambeaux par lambeaux. Dans ces cas-là, la mort peut survenir par septicémie ou septicopyohémie. Cette complication redoutable se produit, à vrai dire, rarement, car le médecin a toujours le temps d'intervenir pour évacuer par de larges incisions les produits septiques.

Une complication bien plus fréquente est la rupture de la filaire, à la suite de tractions intempestives ou exagérées. Outre que le malade peut être réinfecté par les embryons mis en liberté, cette rupture est l'origine de phlegmons plus ou moins graves, suivant le siège du parasite, mais toujours tenaces et nécessitant le plus souvent un traitement prolongé.

VII

TRAITEMENT

Nous envisagerons le traitement prophylactique et le traitement curatif.

a) TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

La prophylaxie de la draconculose se résume en deux principes: 1° ne faire usage que d'eau filtrée ou bouillie dans les régions où la filaire est endémique; 2° éviter, dans ces mêmes régions, de marcher dans l'eau, les pieds nus.

Il faudrait aussi — mais cela paraît difficilement réalisable — empêcher les indigènes porteurs de filaires de contaminer les eaux, soit en allant y laver leurs plaies, soit en s'y baignant, soit en traversant simplement les ruisseaux ou les mares avec les jambes nues.

b) TRAITEMENT CURATIF

Il a pour but l'extraction de la filaire, morte ou vivante. Diverses méthodes se proposent d'atteindre ce but.

1° *Méthode indigène.* — Lorsque la phlyctène est crevée et que l'extrémité céphalique de la filaire apparaît par le

pertuis ainsi formé, les indigènes saisissent cette extrémité, l'attirent délicatement au dehors et l'enroulent sur un petit morceau de bois taillé en forme d'allumette. Quand ils ne peuvent du premier coup extraire une longueur suffisante de filaire pour l'enrouler, ils font une encoche dans le morceau de bois, suivant son grand axe, et fixent solidement l'extrémité du parasite entre les mors de cette pince improvisée. Puis, chaque jour, ils l'enroulent un peu jusqu'à ce qu'ils aient l'impression que le corps du parasite est sur le point de se rompre. Ils le reconnaissent d'abord à la douleur éprouvée (produite par le tiraillement du ver sur son point d'attache en plein muscle), puis à l'état de tension de la filaire, qu'on peut alors comparer à une corde de violon, enfin à ce que sa couleur devient plus claire, plus transparente. Ils s'arrêtent alors et remettent l'opération au lendemain. La partie du parasite, enroulée, se dessèche.

Ce procédé permet l'extraction de 4 ou 5 centimètres de ver chaque jour.

2° *Méthode par injections de sublimé.* — Cette méthode, due au docteur Emily, actuellement médecin-inspecteur des troupes coloniales, ancien médecin de la mission Marchand, consiste à injecter de la liqueur de Van Swieten dans le trajet du ver, si la plaie est ouverte; la filaire serait facilement retirée le lendemain. Si le parasite est enroulé sur lui-même et forme une tumeur appréciable, mais sans avoir fait son apparition au dehors, on injecte alors le sublimé en plusieurs points de la tumeur. Dans ce cas, le ver se résorberait au bout de quelques jours.

3° *Méthode par chloroformisation.* — La peau étant perforée, on met dans une ventouse un tampon de coton imbibé de chloroforme et on applique cette ventouse sur la

plaie, par où émerge le ver. Après quelques instants, certains (Béclère) prétendent qu'on peut retirer la filaire sans difficulté.

Nous avons maintes fois essayé ces trois méthodes, mais celle qui nous paraît sans contredit la plus pratique est la méthode indigène. Elle est relativement lente, car, dans la plupart des cas, le ver étant bien fixé, on ne parvient à le retirer qu'au bout de plusieurs jours (quinze jours, trois semaines, parfois même davantage), mais c'est une méthode sûre; avec un peu d'habitude et de patience, et à condition de ne vouloir pas aller trop vite, en besogne, on arrive toujours à l'extraction complète. Pour éviter une infection secondaire on se sert d'un morceau de bois préalablement trempé dans une solution antiseptique forte (teinture d'iode, oxycyanure de mercure, solution phéniquée) et chaque jour on nettoie la plaie à l'alcool ou à la teinture d'iode. Le seul danger est de rompre le ver par des tractions trop violentes. Dans ce cas, il faut se tenir sur l'expectative armée, c'est-à-dire prêt à agir énergiquement dès les premiers symptômes de suppuration profonde.

La méthode d'Emily et le procédé par chloroformisation parfaits en théorie, ne nous ont pas donné les résultats espérés. L'extraction a toujours été très difficile, et souvent nous avons du en revenir à la méthode indigène, malgré que le ver ait été tué par le sublimé ou plus ou moins anesthésié par le chloroforme.

Dans certains cas particuliers, il faut laisser de côté les procédés indiqués ci-dessus, et choisir une méthode en rapport avec les conditions spéciales créées par la localisation du parasite, l'évolution de la maladie, l'état du malade. Contre un parasite intra-articulaire il faut agir par l'arthrotomie large et précoce. Quand au contraire la filaire

se dessine sous la peau, on fait plusieurs petites incisions parallèles à son trajet, en ayant soin de laisser entre ces incisions quelques centimètres de peau saine, et l'on retire le parasite en faisant une anse avec son corps chargé sur un stylet, d'abord à travers la première incision puis à travers chacune des incisions suivantes (cf. observation IV). Enfin, on peut être amené parfois — comme cela nous est arrivé (observation I) — à retirer d'un seul bloc le parasite et une tumeur fibreuse provoquée par sa présence dans les tissus sains (réaction de défense de l'organisme en tous points comparable à celle qui produit une gangue fibreuse autour de certains nodules tuberculeux).

Dans tous les cas, le ver une fois extrait, la plaie devient une plaie banale et se cicatrise le plus souvent sans aucune difficulté.

VIII

CONCLUSIONS

I. — Le ver de Guinée, particulièrement fréquent aux membres inférieurs, peut néanmoins se localiser en n'importe quelle partie du corps.

II. — Bien que l'affection évolue d'ordinaire d'une façon insidieuse, torpide et sans intéresser gravement l'état général, il arrive parfois qu'elle provoque de la part de l'organisme atteint, une violente réaction se traduisant par des phénomènes généraux alarmants, tels que : fièvre, céphalée, prostration, état typhique.

III. — Dans ces deux cas, le diagnostic précoce peut devenir très difficile; il doit alors se faire surtout par un interrogatoire minutieux : recherche des antécédents personnels du malade, de la région d'où il vient, notion d'endémicité.

IV. — Le pronostic est presque toujours bénin. Il risque cependant de s'aggraver par le fait d'infections secondaires pouvant amener des phlegmons à répétition, des arthrites suppurées suivies d'ankyloses, et même des septicémies mortelles.

V. — Le traitement a pour but l'extraction du parasite, soit vivant (méthode indigène), soit préalablement tué par des injections de sublimé (méthode d'Emily) ou anesthésié au chloroforme (méthode de Bécclère). L'écueil à éviter est la rupture du ver dans les tissus, cette rupture étant toujours cause d'infections plus ou moins graves.

BIBLIOGRAPHIE

ANTOINE. — Kystes fibreux provoqués par des filaires, In *Bulletins de la Société de pathologie exotique de Paris*, 1910, p. 88.

BLANCHARD (R.). — *Traité de zoologie médicale*.

BRUMPT (E.). — *Précis de parasitologie*.

DIMIER et BERGONIÉ. — Recherche de la filaire de Médine par la radiographie. *Compte rendu de l'Académie des sciences*, Paris, 1918, p. 63.

GUIART (A.). — *Précis de parasitologie*.

LE FORT. — Filaire de Médine. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1917, p. 183.

MARÇHOUX. — Observations faites sur un cas de filaire de Médine. *Bulletins de la Société de pathologie exotique*. Paris, 1916.

YAKIMOFF. — La formule leucocytaire du sang des malades renfermant « *Filaria Medinensis* ». *Bulletins de la Société de pathologie exotique*. Paris, 1914, p. 192.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 9 décembre 1920.

Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 9 décembre 1920.

Le Doyen,
E. DERRIEN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
